



## Allegato B

### MODELLO PER IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE SPORTIVE

#### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

Si segnala che il paziente dichiara di:

- praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: \_\_\_\_\_);
- non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente dichiara di voler praticare \_\_\_\_\_

**Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico-motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.**

**Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (K4).**

NOTE

---

---

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

---